

Gesundheitsversorgung in Schleswig-Holstein

***Dr. med. Renée Buck
MSGWG
20.05.2016***

➤ Agenda

Ambulante Versorgung

Demographie und Versorgungsbedarf

Fachkräftemangel, alternde Ärzteschaft, Haus- und Fachärzte

Sicherstellung der Versorgung in der Fläche, Nachwuchs Y-Generation

GKV-Versorgungsstrukturgesetz, gemeinsames Landesgremium 90a SGB V

Herausforderungen der Zukunft

Stationäre Versorgung

Angebotsstrukturen, -planung

Krankenhausfinanzierung

Investitions- und Betriebskostenfinanzierung

pauschaliertes Entgeltsystem

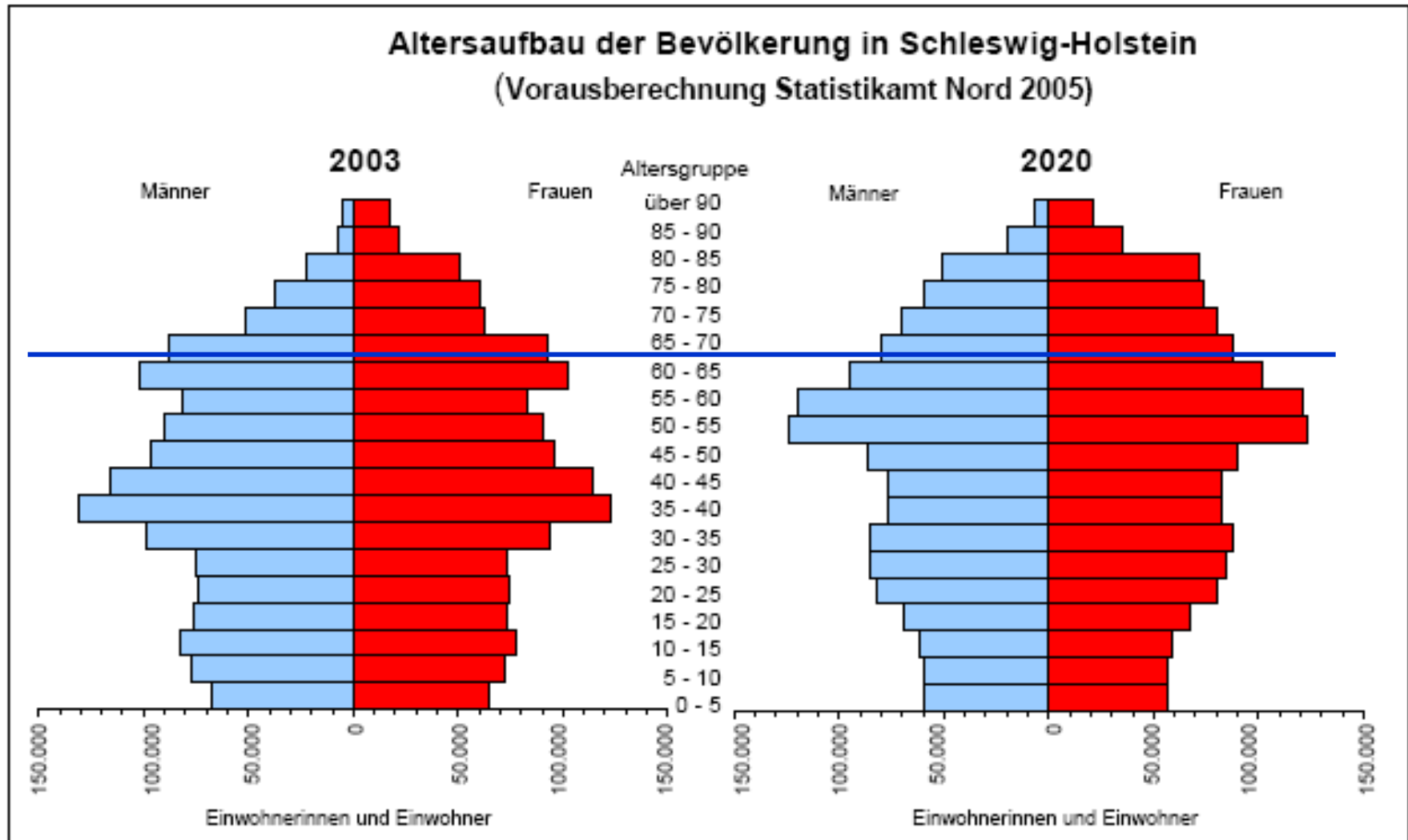
aktuelle Probleme, Lösungswege

Prävention

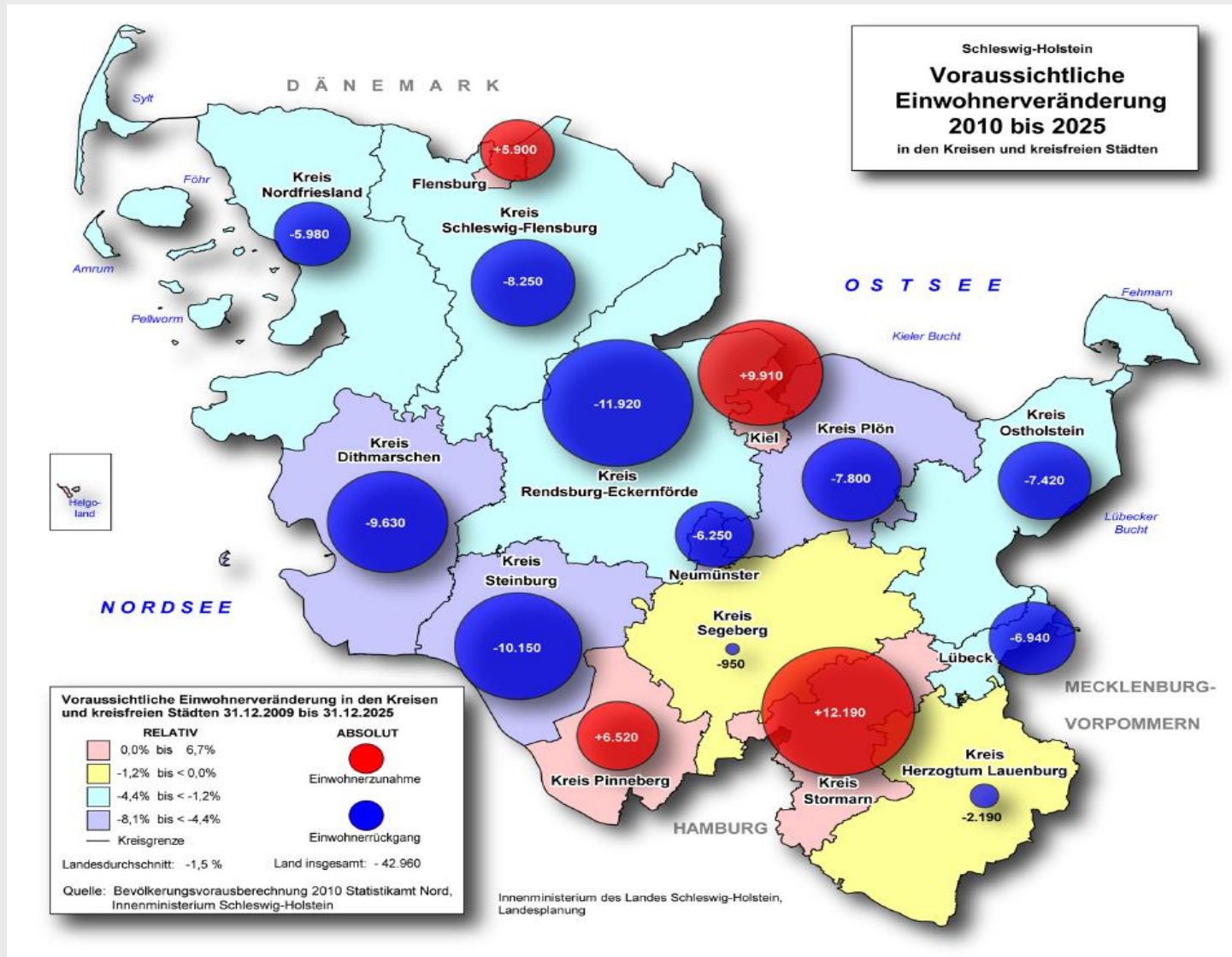
Definition, Hintergründe, Chancen und Ziele

Gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen

- Die Sicherstellung einer flächendeckenden *ambulanten* und *stationären medizinischen* und auch der *pflegerischen Versorgung* ist die **zentrale gesundheitspolitische Herausforderung**. Das gilt nicht nur in Schleswig-Holstein und Hamburg – sondern bundesweit.
- Mehr Menschen werden älter und haben daher **größeren medizinischen und pflegerischen Behandlungs- und Pflegebedarf**.
- Der demografische Wandel betrifft dabei sowohl die **Gesamtbevölkerung** als auch die **medizinischen und die Pflege-Berufe** selbst betrifft.
- Der Neuzugang von **Flüchtlingen** schafft neue Herausforderungen, aber auch neue Perspektiven.



Quelle: Innenministerium SH, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2020



Fachkräftemangel in Gesundheits- und Pflegeberufen

Fachkräfte
Deutschland nach Ländern
Juni 2012

Humanmedizin
(Experten)



Gesundheits- und
Krankenpflege



Altenpflege



■ = Fachkräftemangel (Vakanzeit liegt mind. 40% über dem Bundesdurchschnitt aller Berufe und es gibt weniger als 150 Arbeitslose je 100 gemeldete Stellen oder es gibt weniger Arbeitslose als gemeldete Stellen)

■ = Anzeichen für Fachkräfteengpässe (Vakanzeit ist über dem Bundesdurchschnitt aller Berufe und es gibt weniger als 300 Arbeitslose je 100 gemeldeten Stellen)

■ = keine Engpässe (Vakanzeit ist unter dem Bundesdurchschnitt aller Berufe oder es gibt mehr als 300 Arbeitslose je 100 gemeldete Stellen)
□ = Keine Daten aufgrund kleiner Größenordnungen

Arbeitsmarktberichterstattung@arbeitsagentur.de

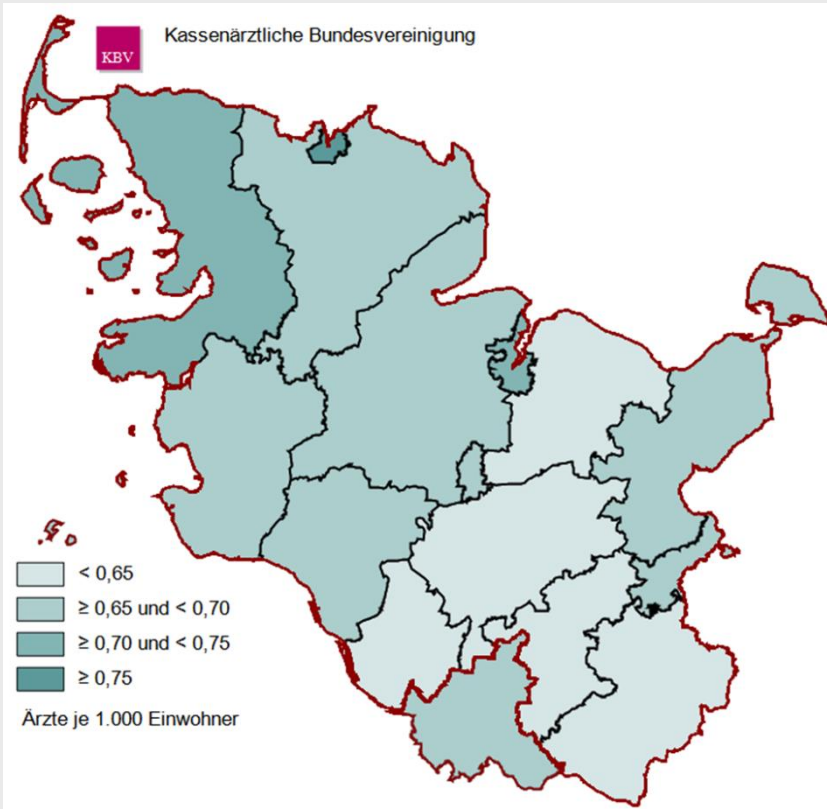
Datenquelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Gesundheitsversorgung in Schleswig-Holstein

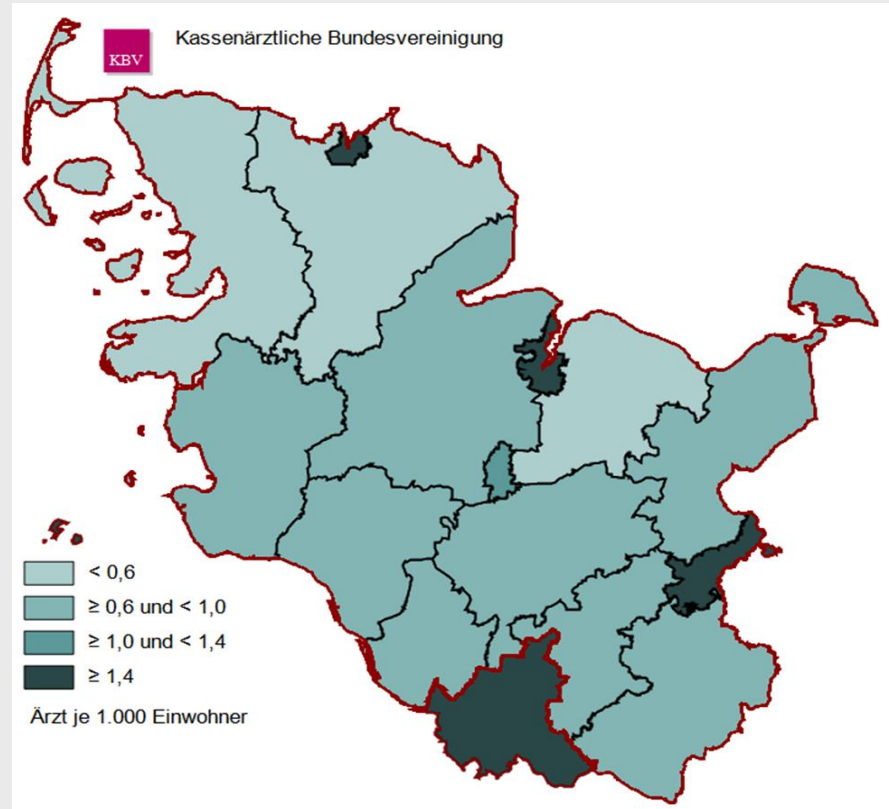
Gesundheitsversorgung der Bevölkerung – insbesondere im ländlichen Raum > Ambulante Versorgung

Während die Hausärzte relativ homogen verteilt sind, ist die Spreizung der Arztdichte bei den Fachärzten erheblich höher.

Hausärzte



Fachärzte



Die Arztdichte der Hausärzte bewegt sich um 0,7 Hausärzte je 1.000 Einwohner (+/- 0,1). Bei den Fachärzten ist eine deutlich stärkere Konzentration in den Kernstädten zu beobachten.

Darunter leidet v. a. das westliche Schleswig-Holstein, da hier keine Kernstädte liegen.

- Politisch geht es bei der Frage, wie wir dauerhaft den Patientinnen und Patienten den Zugang zur medizinischen Versorgung sichern, nicht darum, ob es in jedem Ort einen Hausarzt gibt.
- Beispiel: In den nächsten 5 Jahren werden rund 600 bis 900 der 1.900 Hausärzte in Schleswig-Holstein in den Ruhestand gehen.
- Unter der Voraussetzung, dass die hausärztliche Versorgung in gleichem Maße aufrecht erhalten bleiben soll, würde dies die Abgabe von rund 900 Praxen mit entsprechendem Ersatzbedarf von gut 900 Ärzten bedeuten.

Wie gewährleistet man in Kenntnis dieser Faktoren Versorgungssicherheit?

- Ist allein schon der Erhalt des bisherigen Versorgungsniveaus unter diesem Gesichtspunkt eine Verbesserung?
- Sicher ist: Es ist eine neue Definition der von der Politik immer wieder geführten Diskussion der sog. „**wohnnahen Versorgung**“ notwendig.

- Im internationalen Vergleich steht Deutschland ganz gut da. Statistisch gesehen erreichen bspw. **rund 88 % der Bundesbürger ihren Hausarzt in weniger als 15 Minuten** (Quelle: KBV).
- KBV und BÄK sehen aufgrund der Überalterung der Ärztinnen und Ärzte bei gleichzeitiger Abnahme der unter 35-jährigen Ärzte eine Gefährdung der zukünftigen ambulanten Versorgung durch die **Nachwuchsproblematik**.

Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WidO) identifiziert eher zu viele als zu wenige Ärzte, bemängelt aber erhebliche Allokationsprobleme, die durch die bestehende Bedarfsplanung nicht behoben werden.

Auch aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes besteht das zentrale Problem eher in der Fehlverteilung zwischen den verschiedenen Arztgruppen. Es wird dabei aber die Alterung in der Ärzteschaft ignoriert.

Problem: Wie bekommt man den **Landarzt wieder auf das Land**?

- 43% aller Ärzte in Deutschland sind **weiblich** und 2/3 aller Medizinstudenten.
- Ärztinnen haben vielfach **geringere Arbeitszeiten** (Vereinbarkeit von Familie und Beruf) und die **Präferenz für eine Anstellung** als Berufseinstieg.
- Mangelnde Attraktivität einer Niederlassung im ländlichen Raum:
Die Prioritätensetzung geht mit der wachsenden Bedeutung „**weicher**“ **Standortfaktoren** (Infrastruktur vor Ort, Berufsperspektive Partner etc.), weniger Bereitschaft zur Selbständigkeit und mit hoher Präferenz für städtisches Umfeld einher.
- „*Arzt sein in Dänemark – Patient in Deutschland*“: d.h., der Landarzt im klassischen Sinne, der auch noch abends zuhause zu erreichen und jenseits der Sprechstunde ansprechbar ist, „stirbt aus“.
-

Kernforderungen der Bundesländer im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (seit 01.01.2012 in Kraft):

- eine **flexiblere und länderspezifischere** Bedarfsplanung;
- Beteiligungsrechte der Länder im G-BA;
- Verankerung eines Gemeinsamen Landesgremiums jeweils auf Länderebene für **sektorenübergreifende Planung**;
- **Lockerung der Residenzpflicht** als ein Relikt aus vorautomobiler Zeit;
- **Mobile Versorgungskonzepte**;
- Neuregelung der **Ambulanten Behandlung im Krankenhaus** zur Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung - § 116b SGB V.

> Gezielte Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin!

Wir müssen uns darüber klar sein, dass alle neuen Instrumente, Gesetze und Verordnungen ein *gravierendes Ausgangsproblem nicht werden lösen* können:

> Wir werden hierdurch nicht mehr Ärzte bekommen.

**Gesundheitsversorgung
der Bevölkerung
> Stationäre Versorgung**

Standorte der stationären und teilstationären Versorgung in Schleswig-Holstein



MSGWG, VIII - 424, Ute Golbach 23.04.2015

Krankenhäuser in Schleswig-Holstein

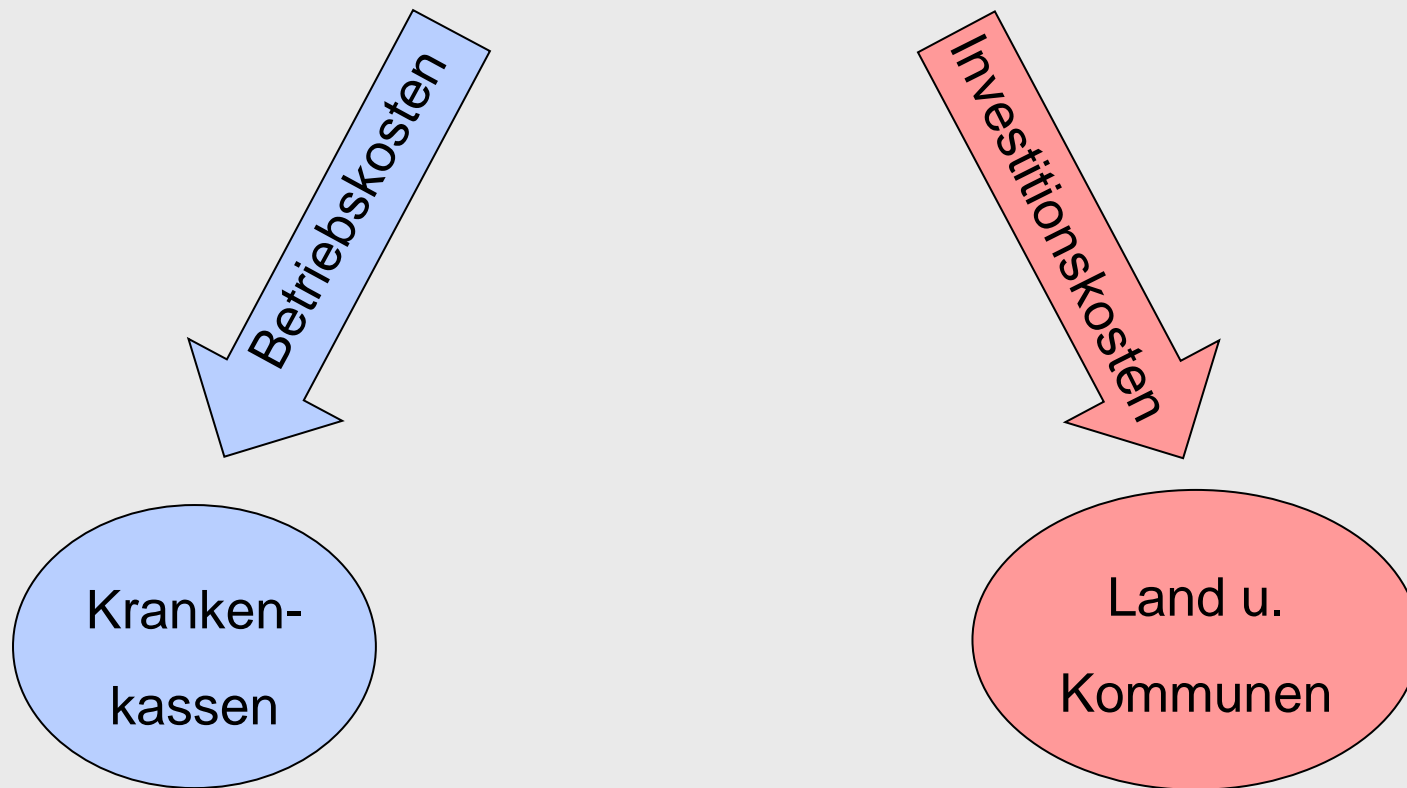
	Kranken- häuser	Betriebs- stätten	Betten/ Plätze	Fälle 2012
Zentralversorgung (UKSH)	1	2	2.199	98.985
Schwerpunkt- versorgung	11	21	6.572	253.625
Regelversorgung, Fachkrankenhäuser und sonstige	60	84	7.350	223.985
Gesamt:	72	107	16.121	576.595
>> davon Betten			14.980	
>> tageskl. Plätze			1.141	

Fälle: nur stationäre Versorgung ohne Tageskliniken

2015: 73 KH – 15.000 PB – 1.300 TK – 615.000 Fälle

Duale Krankenhausfinanzierung

Krankenhausfinanzierung



Krankenhausinvestitionsförderung setzt sich zusammen aus:

- Pauschale Fördermittel für alle Krankenhäuser
- Einzelprojektförderungen in der regulären Krankenhausfinanzierung
- Sonderprogramme für besondere Bereiche der Einzelprojektförderung (z.B. Psychiatrie)
- IMPULS-Programm zum Abbau des Investitionsstaus (hier ist der kommunale Anteil noch nicht geklärt)

Mittelherkunft	Programm	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Landeshaushalt	gesetzliche Aufgaben § 9 Abs. 2 u. 3 KHG	44,65	44,65	44,23	44,23	45,45	45,45	45,45	45,45	45,45
Zweckvermögen	Einzelprojektförderung § 9 KHG Abs. 1.1	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00
Summe reguläre Investitionsfinanzierung		84,65	84,65	84,23	84,23	85,45	85,45	85,45	85,45	85,45
Landeshaushalt	Sonderprogramm 1			5,50						
Landeshaushalt	Sonderprogramm 2				10,00	10,00	10,00			
Landeshaushalt	Sonderprogramm 3					5,00	8,00	8,00	8,00	6,00
IMPULS 2030 - 1. Tranche	Anteil Land					7,20	9,27	8,95	3,35	
	Anteil Kommunen					0,00	12,86	8,95	3,35	
Summe Investitionsmittel Krankenhäuser		84,65	84,65	89,73	94,23	107,65	125,58	111,35	100,15	91,45
Landeshaushalt	Schuldendienst	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00

Landesbasisfallwerte 2016 obere und untere Korridorgrenze

Stand: April 2016



Fallpauschalen (DRG) am Beispiel

Krankenhaus in
Rheinland-Pfalz

400 – Betten Haus:
Jährliche DRG-Vergütung

86.119.607 €

Krankenhaus in
Schleswig-Holstein

400 – Betten Haus:
Jährliche DRG-Vergütung

81.476.134 €



4,64 Mio. €

Aktuelle Probleme

- Immer mehr Krankenhäuser schreiben **rote Zahlen**
 - Steigende Personal-, Sach- und Energiekosten
 - Niedriger Landesbasisfallwert
- Demographischer Wandel bringt **Veränderungen im Morbiditätsspektrum**
 - Schließung von Geburtshilfen, Ausbau der Geriatrie
- **Fachkräftemangel** (Pflege und Ärzte)
- Hohe **Vorhaltekosten** im ländlichen Bereich - Sicherstellungszuschläge
- Zu knappe Mittel für die **Investitionsförderung**

Strategien - Lösungsansätze

- Einheitlicher Bundesbasisfallwert
- Sektorenübergreifende Strukturen – Krankenhäuser in ländlichen Gebieten als Zentrum der ambulanten **und** stationären Versorgung
- Weiterer Ausbau der Vernetzung der Krankenhäuser
- Verbesserung der gesetzlichen Grundlagen für Sicherstellungszuschläge
- Maßnahmen zur Sicherung der Fachkräfte
- Aufstockung Investitionsfinanzierung, auch um Krankenhäuser zu verkleinern – moderne Zentren der medizinischen Versorgung
- Neue Vergütungsformen ausbauen (Regionalbudgets, Tageskliniken)

**Gesundheitsversorgung
der Bevölkerung
> Prävention**

CHANCE PRÄVENTION !

1. Was meinen wir ? *Definition*
2. Was wissen wir ? *Epidemiologie/Pathogenese*
3. Was wollen wir ? *Präventionsziele*
4. Was haben wir ? *Rechtliche Grundlagen/Projekte*
5. Was brauchen wir ? *Strategien? Good Practise?*

- **Allgemeine Definition:** „vorausschauende Problemvermeidung“
Beispiele: Prävention von Gewalt, Kriminalität, Unfällen, AIDS, Sucht, Diabetes

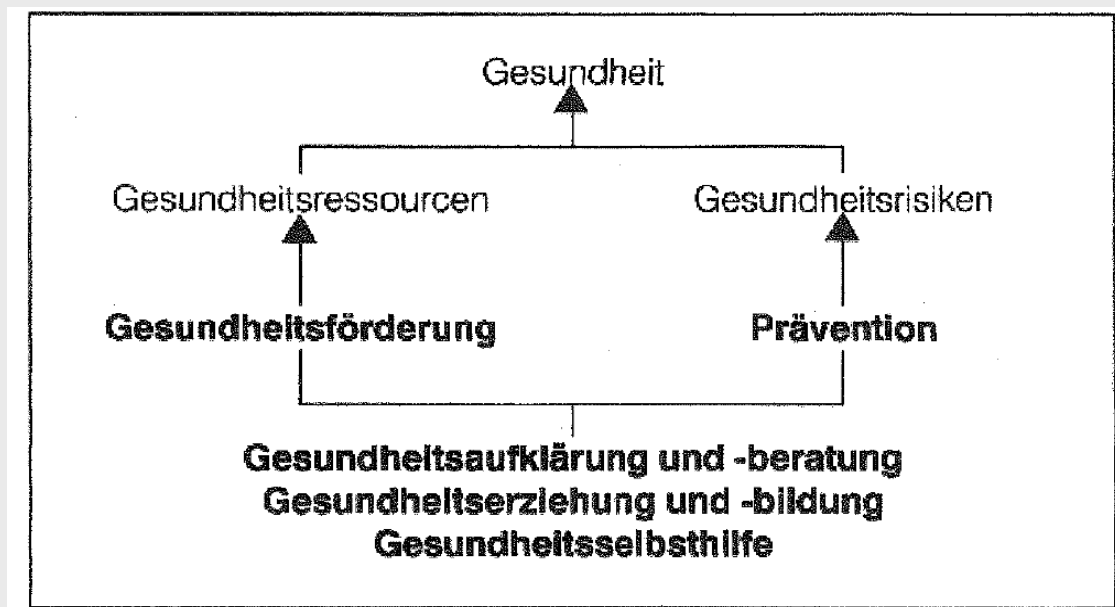
➤ Definition Prävention:

PRÄVENTION MSGWG

= Verringerung/Vermeidung von gesundheitlichen Risikofaktoren

GESUNDHEITSFÖRDERUNG

= Erhöhung/Stärkung von protektiven Faktoren/Resilienz (Widerstandsfähigkeit)



Quelle: BZgA

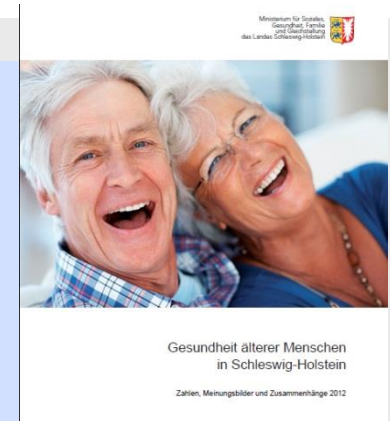
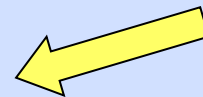
Prävention im MSGWG am Beispiel Übergewicht

Daten: Bericht der Schuleingangsuntersuchungen in SH
Bericht zur Gesundheit älterer Menschen in SH

Fakten: **Übergewicht** = Risikofaktor für Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen,
Orthopädische Erkrankungen

aktuell: Landtagsbericht Diabetes mellitus in SH

- Folgeerkrankungen = Belastung für Sozialkassen
- **Prävention: frühzeitig alle erreichen,
langfristig dauerhafte Erfolge sichern**



Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen Schleswig-Holstein, Schuljahr 2011/12

Übergewicht (BMI > 90. Perzentile):

- 9,8 % der Jungen
- 10,2% der Mädchen

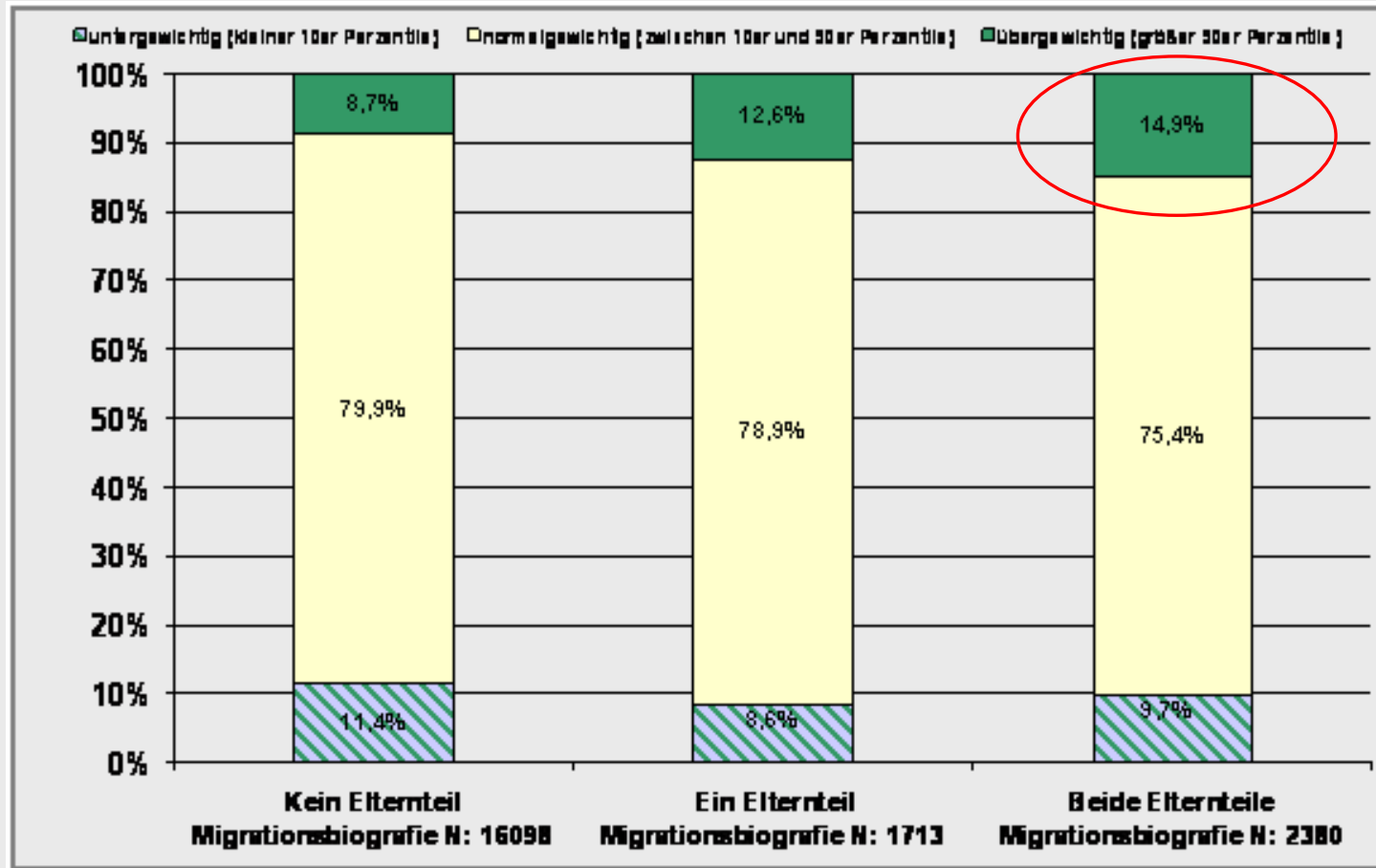
davon **Adipositas** (> 97. Perzentile)

- 4,3% der Jungen
- 4,2% der Mädchen

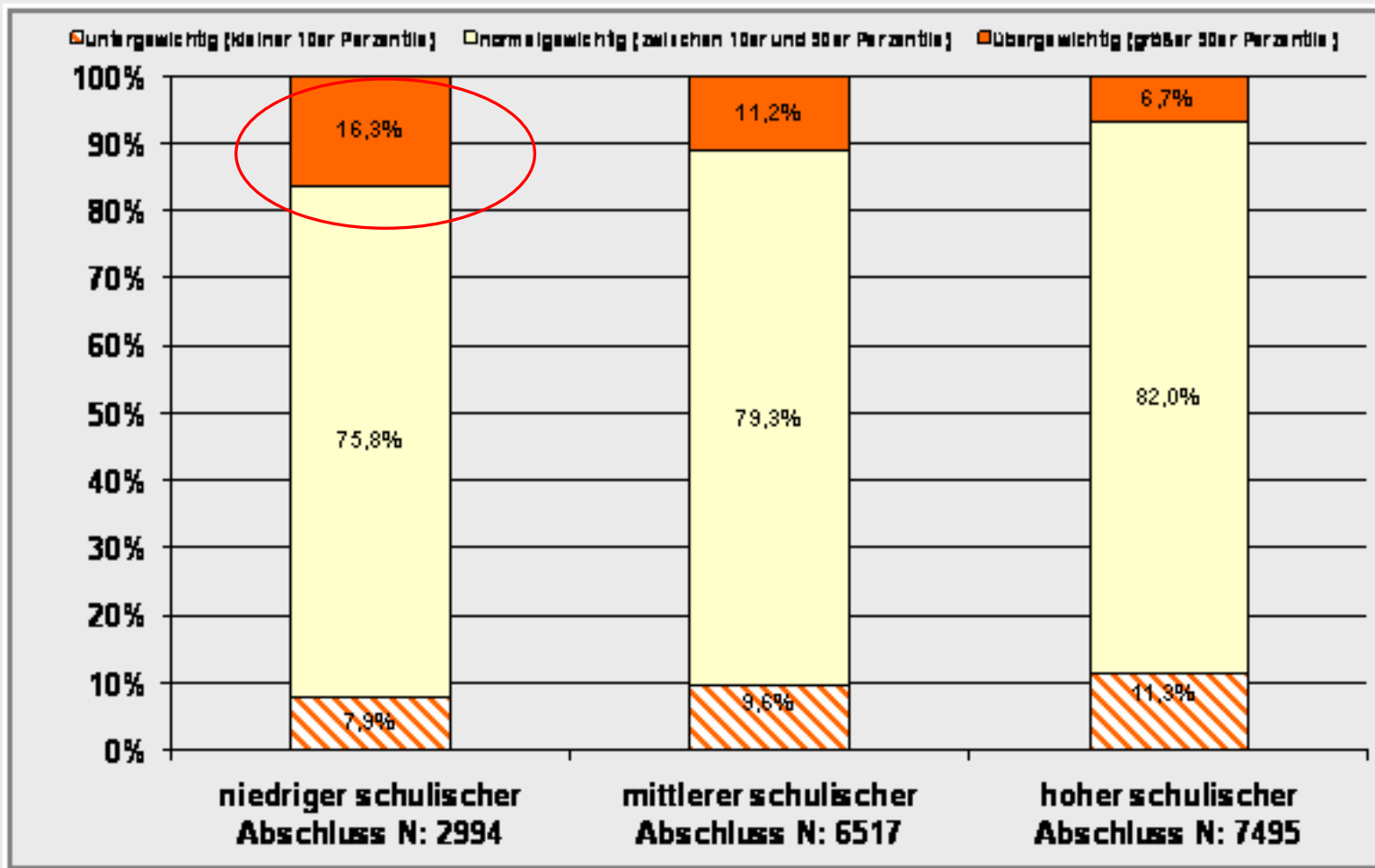


Über-, Unter- und Normalgewicht in Abhängigkeit von der Migrationsbiografie der Eltern

(aus: Bericht der Schuleingangsuntersuchungen SH (2011/2012))



Über-, Unter- und Normalgewichtigkeit der Kinder in Abhängigkeit vom Bildungsstand der Eltern (aus: SEU-Bericht 2011/2012)



Präventionsprojekte Schleswig-Holstein:

Setting **KiTa**, Setting **Schule**; Setting **Kommune**; Setting **Betrieb**
(Partner: IQSH, LVGF, Kassen, Landessportbund, DGE, LAG HK, Netzwerk Ernährung; Landesbeauftragter KHK ÄK etc) z.B.

- Lebenslust-Leibeslust-Ernährungsbildung und Prävention von Essstörungen in KiTa und Schule
- Gesunde KiTa- Bewegung ist Herzenssache
- Rück(g)rat-Ergonomie und Bewegung in der Schule
- Schule 2000 (Grundschule, 3.-4-Klasse)
- Schul-Kampagne Mehr!Wasser
- Netzwerk Gesunde Schulen mit Geschmack
- Zukunftsschule: Gesundheitsförderung und –bildung
- aha- ab heute anders! gesünder leben im Norden
- (Grünes) Rezept für Bewegung
- Mobilis, Moby Dick, Gute Gesunde Schule, Klasse in Sport...
- Betriebliche Gesundheitsförderung (GESA-Netzwerk)

➤ Was ist zu tun?

- Wissenschaftliche Forschung fördern:

definierte, einheitliche Zielgrößen (z.B. BMI, Taillenumfang alters- und geschlechtsabhängig)

- Valide Daten erheben

wie z.B. - Populationsstudien wie GEDA (seit 2008)

- Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland, DEGS, DEGS 1, DIAB-CORE, KIGGS
- Bericht Gesundheit älterer Menschen in Schleswig-Holstein (2012)
- Jährliche Berichte der Schuleingangsuntersuchungen Schleswig-Holstein

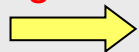
- Sensible Präventionszeitpunkte beachten: (Am. Heart Ass. 2008)

- Fetalzeit (Prägung)
- 1. Lebensjahr (allergenarme Ernährung, Proteinqualität (BABYDIAB, DONALD - Studie))
- Zeitpunkt des „Adiposity Rebound“ (3.- 8. Lebensjahr entscheidend)
- Pubertät (Kohlenhydratqualität)

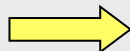
- Fokus: - Ernährung, Bewegung, Medienkonsum, Schlaf, Lebenskompetenz

- Maßnahmen: settingbezogen, geschlechtsspezifisch, kultursensibel, familienintegrativ

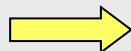
Komplexes, gesamtgesellschaftliches Problem:



konzertierte ressortübergreifende Aktion erforderlich



PRÄVENTIONSSTRATEGIE Schleswig-Holstein



Koordinierung Präventionsstrategie MSGWG



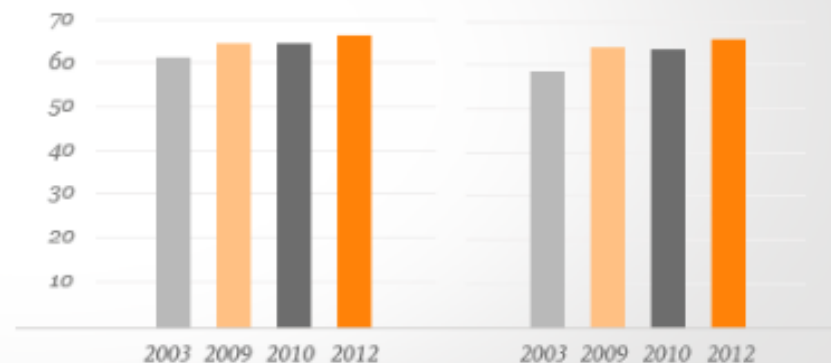
Sportliche Aktivität bei Erwachsenen

Seit dem Jahr 2003 ist die Sportbeteiligung von Frauen und Männern in Deutschland deutlich gestiegen. Während im Jahr 2003 noch 59 % der Frauen und 61 % der Männer sportlich aktiv waren, betrug dieser Anteil im Jahr 2012 bei beiden Geschlechtern 66 %. Sport, als eine spezifische Form körperlicher Bewegung, ist mit gesundheitsförderlichen Potenzialen verbunden – beispielsweise über die Stressregulation, die Ausformung sozialer Kompetenzen sowie eine insgesamt gesündere Lebensweise.

► GEDA 2012: Gesundheitstrends bei Erwachsenen in Deutschland zwischen 2003 und 2012



Anteil sportlich Aktiver in Prozent



Chance Prävention !



Gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen

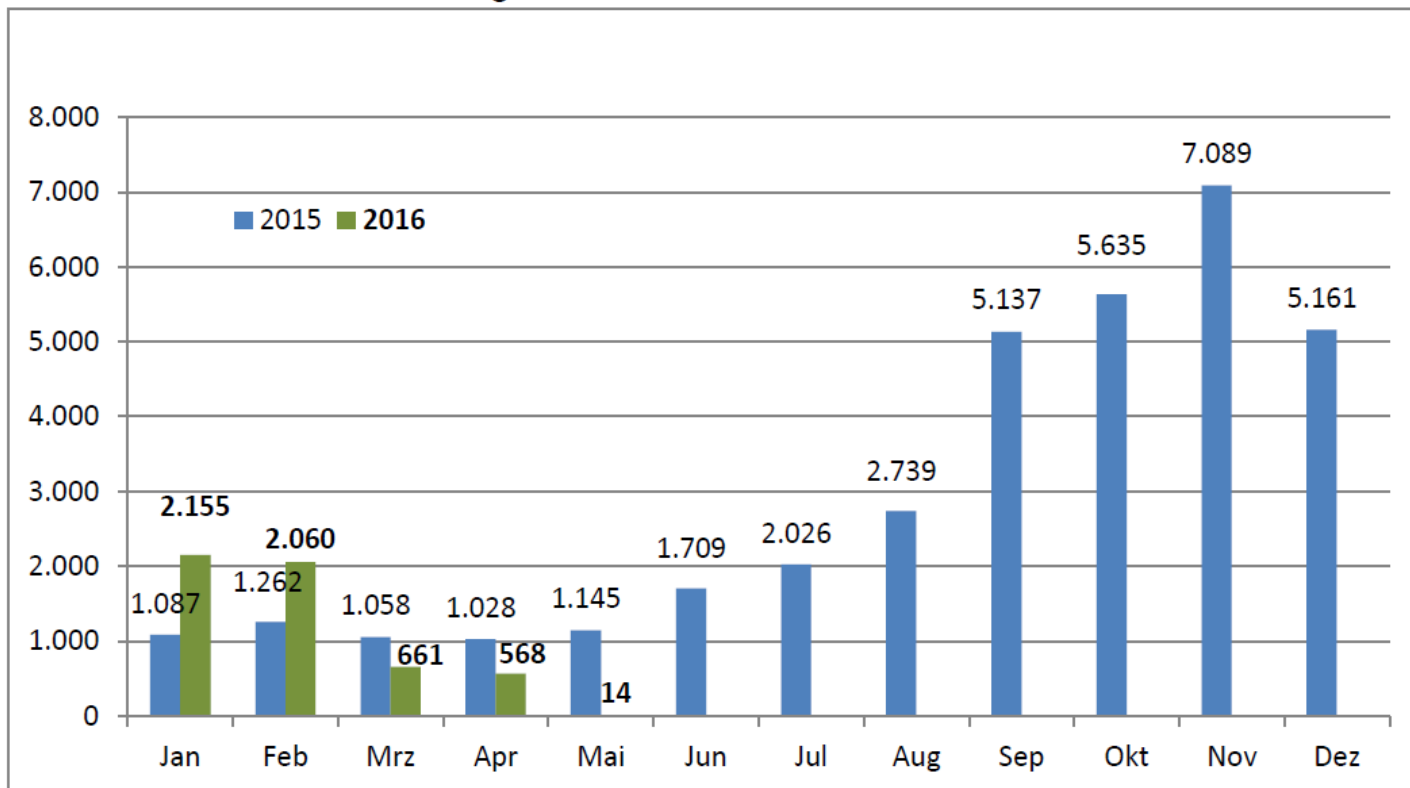
In **Deutschland** wurden im **Jahr 2015 rund 1,1 Mio. Flüchtlinge** registriert.

Diese Zahl liegt deutlich höher als die Zahl der formalen Asylantragsstellungen. Dies liegt darin begründet, dass die Antragstellung beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) größtenteils erst mit einer zeitlichen Verzögerung möglich ist und darüber hinaus zahlreiche Asylsuchende, die nach Deutschland eingereist und in die Bundesländer verteilt worden sind, auch in andere EU-Staaten weiterreisen.

Im Jahr 2015 sind in **Schleswig-Holstein** rund 55.000 Flüchtlinge in die Erstaufnahmeeinrichtungen (EAE) des Landes gekommen; nicht alle stellten einen Asylantrag oder verblieben im Land, da sie z.B. über das bundesweite Verteilsystem in andere Bundesländer weitergeleitet wurden. **De facto ist Schleswig-Holstein für 35.000 Flüchtlinge aus 2015 auch zuständig.**

Gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen

Die nachstehende Grafik zeigt den Zugang der Asylsuchenden, die in den Erstaufnahmeeinrichtungen in Schleswig-Holstein registriert wurden und für deren Aufnahme das Land zuständig ist.



Gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen

Ab Juni 2015 kam es zu einem stetigen Anstieg der monatlichen Zugänge von initial 1.000 auf maximal knapp **8.000 Flüchtlinge pro Monat**.

Dies stellte das Land innerhalb kürzester Zeit vor eine logistische, strukturelle und personelle Herausforderung, die in einer **konzertierten Aktion aller Verfahrensbeteiligter** mit viel Engagement und auch Improvisationstalent bewältigt werden konnte.

Dem **Land** obliegt die Unterbringung und Versorgung der Flüchtlinge und Asylsuchenden in den ersten Wochen nach ihrer Ankunft. Die Herausforderungen liegen aber nicht nur beim Land in den **Erstaufnahmeeinrichtungen (EAE)**, in denen die Flüchtlinge registriert und einer körperlichen Untersuchung gemäß § 62 Asylgesetz unterzogen werden, sondern ebenso bei den **Kreisen und kreisfreien Städten**, da der Aufenthalt in den EAE befristet ist und die Flüchtlinge in die Kreise und kreisfreien Städte weitergeleitet werden.

Gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen

Die Altersstruktur der Flüchtlinge unterscheidet sich erheblich von der der Wohnbevölkerung (Deloitte 2015*). Auf der Datenbasis 2014 von Asyl~~er~~anträgen repräsentieren in der vorliegenden Analyse

81% der Flüchtlinge die Altersgruppe 0 – 34 Jahre, (D: ca. 40%)

wobei auf die Altersgruppe

0 - 14 Jahre alleine 27,9%, (D: 13,11% **)

16 -17 Jahre : 3,8%, (D: 2,99%)

18 - 24 Jahre: 23,3%, (D: 7,64%)

25 – 29 Jahre: 15,4%,

30 – 34 Jahre: 10,8% entfallen.

(* Deloitte Health Care Indicator 11/2015:Bedeutung der Flüchtlingsbewegung für die Gesundheitsversorgung , Datenbasis 2014)

(**Bevölkerung - Verteilung der Einwohner in Deutschland nach Altersgruppen am 31. Dezember 2014, <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/382409/umfrage/verteilung-der-bevoelkerung-deutschlands-nach-altersgruppen/>)

Gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen

Die Herausforderungen in 2015 für die gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen konnten in Schleswig-Holstein durch **folgende Maßnahmen** gemeistert werden:

1. Etablierung einer besonderen Aufbauorganisation (BAO, Federführung im Innenressort) mit täglichen Lagebesprechungen,
2. Hilfeersuchen durch das MSGWG an die gesamte Ärzteschaft des Landes und Pflegekräfte (alle Krankenhäuser des Landes, Ärztekammer, KVSH, pensionierte Ärzte, Studenten der Humanmedizin, professionelle ärztl. Anbieter),
3. Aktivierung der abteilungsinternen Task-Force im MSGWG zur Abfederung medizinischer Sonder- u. Krisenlagen,
4. Etablierung eines Runden Tisch der in den EAE tätigen Ärzte (RT-Ärzte) unter Moderation der Gesundheitsabteilung,
5. Austausch auf Bundesebene, mit anderen Bundesländern (Abteilungsleiter der Gesundheitsressorts, BMG, RKI, PEI),
6. Sicherstellung der Dauererreichbarkeit der Gesundheitsabteilung (24 Std./7 Tage),

Gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen

Noch folgende Maßnahmen:

7. Sicherstellung eines kontinuierlichen Rundmailings an den RT-Ärzte für neue oder aktuelle Entwicklungen, Abstimmung von Vorgehensweisen, Warnhinweise,
8. Standardisierung der Erstuntersuchungsstrecken in den EAE,
9. Beschaffung und Vorhaltung von standardisiert gepackten Rollcontainern mit
 - a. basismedizinischer Ausstattung (EKG, Defibrillator, Medikamente, Verbandsmaterial, Spritzen, Kanülen etc.) und
 - b. mit einer infektionshygienischen Ausstattung, um extrem schnell reaktionsfähig zu sein und die Materialien bei Bedarf sofort in die EAE transportieren zu können,
10. Etablierung einer **Flüchtlingsambulanz (EIV) am Friedrich Ebert Krankenhaus** in Neumünster,
11. **flächendeckende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte** für Asylbewerberinnen und Asylbewerber in Schleswig-Holstein ab 01.01.2016

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Dr. med. Renée Buck

Gesundheitsabteilung

**Adolf-Westphal-Str. 4
24143 Kiel**

Tel.: 0431/ 988-5401

Email:

Dr.Renee.Buck@SozMi.LandSh.de

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung
des Landes Schleswig-Holstein